



# Berner Reha Zentrum

Telefon 033 244 33 80  
Fax 033 244 33 34  
E-mail [bettendisposition@rehabern.ch](mailto:bettendisposition@rehabern.ch)  
Website [www.rehabern.ch](http://www.rehabern.ch)

## Anmeldung zur stationären Rehabilitation

---

m  w

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtstag:</b>
<b>Adresse:</b>		<b>Tel:</b>
<b>Garant 1:</b>	<b>Garant 2:</b>	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit
<b>Versichert für:</b> <input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Allgemein
<input type="checkbox"/> Pulmonale Reha	<input type="checkbox"/> Kardiovaskuläre Reha	<input type="checkbox"/> Muskuloskelettale Reha
<input type="checkbox"/> Geriatrische Reha	<input type="checkbox"/> Internistisch-Onkologische Reha	<input type="checkbox"/> Nachsorge (Akut)

---

**Hauptdiagnose:** (bei mehreren Diagnosen Diagnoseliste beifügen)

**Nebendiagnosen:**

**Operationsdatum:**

**Operation:**

**Behandlungsziel/Reha-Potential:**

**Belastungsgrenze/Funktionseinschränkung:**

**Nach Reha-Entlassung nach Hause?**

ja  nein

**Entlassung ins Pflegeheim?**

ja  nein

**Pflegeheim angemeldet?**  ja  nein

**Patient wurde über den Reha-Aufenthalt und über die Reha-Ziele informiert:**  ja

---

**Aktueller Pflegeaufwand** (bei hohem Pflegeaufwand, bitte Zusatzblatt ausfüllen)

Mobilisation:  frei  1 Stock  2 Stöcke  Böckli  Rollator  Rollstuhl  bettlägerig

Essen:  selbständig

mit teilweiser Hilfeleistung

nur mit Hilfe

Körperpflege:  selbständig

mit teilweiser Hilfeleistung

nur mit Hilfe

Ankleiden:  selbständig

mit teilweiser Hilfeleistung

nur mit Hilfe

Transfer:  selbständig

mit Hilfe

Gewicht:

MRSA/E, ESBL, Clostridien, andere (Isolation)

delirant/verwirrt

---

**Kost:**  normal  Diät:

Allergien/Intoleranzen:

Spezielles:

---

**Eintritt erwünscht ab:**

**Geplante Aufenthaltsdauer:**

---

Adresse, Tel.-Nr., Unterschrift des einweisenden Arztes oder Spitals / der Klinik:

Datum:

---

Je 1 Exemplar an:

– Ärztliche Leitung, Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi  
– Krankenkasse, Vertrauensarzt (**Kostengutsprache sollte vor Eintritt vorliegen**)

Bitte vor **Eintritt** sämtliche Unterlagen wie Austrittsbericht, Untersuchungsbefund und Röntgenbilder an das **Medizinische Sekretariat** FAX: 033 244 33 38 senden



## Zusatzblatt (Pflegeaufwand) zum Anmeldeformular

Name:

Vorname:

Geburtstag:

### Zustand der Patientin/des Patienten

#### Ernährung

- Sonde/parenterale Ernährung
- Essen mit Hilfe/hohe Aspirationsgefahr
- isst teilweise alleine/braucht Hilfsperson
- isst alleine mit Hilfsmitteln, braucht Supervision
- isst selbstständig

#### Persönliche Hygiene

- Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson/-en
- im Bett/am Lavabo teilweise möglich mit hohem Mass auf Hilfspersonen angewiesen
- teilweise möglich, aktive Hilfe einer Hilfsperson nötig
- braucht Hilfsmittel/Supervision

#### Fortbewegung

- bettlägerig, selbständiges Fortbewegen unmöglich
- braucht Rollstuhl und viel Unterstützung
- gehen mit Stützhilfe/Begleitung möglich
- selbständiges Rollstuhlfahren
- selbständiges Gehen möglich, kein Treppensteigen
- selbständiges Gehen und Treppensteigen möglich

#### Orientierung

- stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung
- desorientiert, braucht viel Überwachung
- leichte aber alltagsrelevante Orientierungsstörung
- zeitlich und örtlich orientiert

#### Wohn- und Sozialsituation

- Wohnung in Alters- oder Pflegeheim, pfleg. betreut
- Wohnung mit Stufen ohne Lift
- Wohnen mit Lift, ohne Stufen, oder Parterrewohnung
- alleinstehend
- lebt mit Angehörigen selbständig in Wohnung
- Anderes:

#### Spezielle Hilfsmittel

- Hohmannbandage
- Korsett
- Fussheberschiene
- Andere:

#### An- und Auskleiden

- vollständig auf Hilfsperson/-en angewiesen
- viel Unterstützung durch Hilfsperson
- wenig Unterstützung durch Hilfsperson
- Hilfsmittel/Supervision notwendig

#### Ausscheidung/Toilette

- stuhl- und urininkontinent
- urininkontinent/Katheter/Blasentraining
- auf Topf/Nachtstuhl angewiesen
- Nachtstuhl/WC mit Hilfsperson
- WC-Benützung selbständig

#### Transfer (bei Rollstuhlfahrern)

- kein Transfer möglich, braucht mehrere Hilfspersonen
- Transfer mit Unterstützung von einer Hilfsperson
- leichte Unterstützung durch eine Hilfsperson
- Supervision/Anleitung durch Hilfsperson

#### soziale Interaktion

- sehr häufig unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen
- öfters unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen
- selten unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen
- normale soziale Interaktion

#### Wundsituation/Leitungen

- Dekubitus
- VAC-Verband
- Stoma
- PEG-Sonde
- ZVK
- Tracheostoma
- Dauerkatheter
- Anderes:

#### Besondere Medikamente:

### Bei Rückfragen

Klinik/Abteilung:

Kontaktperson Telefon:

Ort/Datum:

Name und Unterschrift des zuweisenden Arztes: